

Таблица 1 — Распределение пациентов в зависимости от локализации атеросклеротического поражения коронарных артерий, n (%)

Коронарная артерия	Количество пациентов		Уровень значимости, p
	ИБС	ИБС и СД	
ПМЖВ	7 (14 %)	2 (5 %)	0,128
ОВ	9 (18 %)	2 (5 %)	0,044
ПКА	4 (8 %)	1 (2 %)	0,171
ПМЖВ + ОВ	4 (8 %)	5 (10 %)	0,727
ПМЖВ + ПКА	6 (12 %)	2 (4 %)	0,146
ПКА + ОВ	3 (6 %)	5 (10 %)	0,462
ПМЖВ + ОВ + ПКА	17 (34 %)	31 (62 %)	0,006
Дистальный тип поражения	11 (22 %)	26 (52 %)	0,030

Как видно из таблицы 1 поражение одной коронарной артерии в группе с ИБС выявлено у 20 (40 %) пациентов, в группе ИБС в сочетании с СД 2 типа у 7 (14 %) пациентов ($p = 0,042$). Зарегистрировано поражение 2-х и более коронарных артерий в группе с ИБС — 30 (60 %), ИБС и СД 2 типа 43 (86 %) ($p = 0,042$).

Установлено, что у пациентов при наличии СД 2 типа чаще встречается дистальный тип поражения ($p = 0,030$).

Таким образом, наличие СД утяжеляет атеросклеротическое поражение коронарных артерий и, учитывая то, что при наличии СД затрудняется проведение реваскуляризирующих операций на сердце, выявление коронарного атеросклероза у пациентов с СД имеет большое социальное значение.

Заключение

1. Огибающая ветвь левой коронарной артерии поражена атеросклеротическим процессом в большей степени у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца с сахарным диабетом 2 типа.

2. Множественное поражение коронарных артерий и дистальный тип поражения встречается значимо чаще при наличии сахарного диабета 2 типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин, М. И. Диабетология / М. И. Балаболкин. — М.: Медицина, 2000. — 672 с.
2. Дедов, И. И. Сахарный диабет, атеросклероз и ишемическая болезнь сердца: рук-во по атеросклерозу и ишемической болезни сердца / И. И. Дедов, А. А. Александров. — М.: Медиа Медика, 2007. — С. 98–127.
3. Петросян, Ю. С. Коронарография / Ю. С. Петросян, Л. С. Зингерман. — М., 2004.
4. Руководство по ангиографии / под ред. И. Х. Рабкина. — М., 2000.

УДК 618.39

ПОСЛЕДСТВИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Недосейкина М. С.

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Показатели невынашивания беременности во многих странах продолжают сохранять стабильно высокие значения, несмотря на лечебно-диагностические мероприятия. Опыт «незаконченной» в физиологический срок беременности может сопровождать женщин после спонтанного прерывания длительное время. Негативный опыт беременности следует дифференцировать от негативных переживаний, полученных женщиной во время родов, нередко имеющих «человеческую» природу, вполне преодолимых при квалифицированном оказании помощи пациентки и не влияющих на течение последующих беременностей [1].

Несовершенство психологической помощи женщинам после преждевременных родов может привести к нарушению отношения к будущему ребенку, медицинскому прерыванию из-за страха повторения сценария предыдущей беременности, развитию заболеваний психосоматической природы [2].

Цель

Оценить состояние здоровья репродуктивной системы женщин, перенесших преждевременные роды, и исходы беременностей после преждевременных родов.

Материал и методы исследования

В исследование включено 150 женщин. Основную группу составили 120 женщин, родивших детей на сроке от 26 до 34 недель беременности, в учреждениях здравоохранения г. Гомеля в период с 2010 по 2015 гг. В группу сравнения вошли 30 женщин, чьи беременности закончились срочными родами в сходный период наблюдения. Пациентки включались в исследование после информированного согласия на участие методом сплошной выборки. Обязательным условием для включения в исследование было отсутствие в анамнезе преждевременных родов, а также для женщин основной группы наличие в данный момент живого ребенка, который родился недоношенным. Критериями исключения были случаи многоплодной беременности, беременности после экстракорпорального оплодотворения, врожденных пороков развития новорожденного, антенатальной гибели плода и младенческой смертности.

Возраст пациенток на момент преждевременных родов, паритет беременности и родов, последующую репродуктивную функцию, гинекологические заболевания и время их появления оценивали анамнестически и на основании изучения данных амбулаторных карт гинекологического пациента. Методом анонимного анкетирования оценивали половую функцию пациентки.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы MedCalc 10.2.0.0 («MariaKerke», Бельгия). Для описания качественных признаков использовали долю (p) и 95 % доверительный интервал (95 % CI_p), рассчитанный по методу Клоппер — Пирсона. Значения доли и доверительного интервала округлены до целых чисел. Общее межгрупповое различие для качественных признаков рассчитывали с помощью критерия χ^2 с поправкой Йейтса на непрерывность, для малых выборок использовали точный критерий Фишера (ТКФ). Статистически значимыми были результаты с значением $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины обеих групп были сопоставимы по возрасту, паритету беременности и родов.

В течение первого года после родов в основной группе снижение либидо отмечено у 72 (60 %; 51–69) пациенток по сравнению с 7 (23 %; 10–42) женщин после срочных родов ($\chi^2 = 12,9$, $p = 0,0003$). Данное обстоятельство может быть связано с оперативным родоразрешением, последствиями длительного раздельного пребывания супругов при нахождении ребенка в отделении второго этапа выхаживания, грудным вскармливанием. Тем не менее, пациентки группы сравнения по прошествии года после родов в дальнейшем не отмечали нарушений половой функции. Сниженное либидо в анкете на момент исследования указывала 31 (26 %; 18–35) женщина после недонашивания беременности (ТКФ; $p = 0,0004$).

Особенностью пациенток после преждевременных родов было наличие рецидивирующих неспецифических инфекций половых путей, которые отмечены в 26 (22 %; 15–30) случаях. По данным амбулаторных карт гинекологического пациента до преждевременных родов в большей доле случаев (17; 65 %; $N = 26$) не диагностированы вагиниты и бактериальные вагинозы при регулярных профилактических осмотрах или в небольшом числе их выявления они не носили рецидивирующего характера. Среди женщин группы сравнения таких случаев выявлено не было (ТКФ; $p = 0,002$).

Нарушения гормонального и иммунного баланса являются одной из причин возникновения гинекологических заболеваний у пациенток, перенесших преждевременные роды. Для некоторых из них существует психосоматическая составляющая в развитии патологического процесса.

Установление диагноза происходило на основании клинических данных (нарушение менструальной функции, тазовые боли, атипичные выделения из половых путей) у 80 (93 %; $N = 86$) женщин основной группы и у 2 (17 %; $N = 12$) пациенток в группе сравнения ($\chi^2 =$

44,9, $p < 0,0001$). В группе сравнения патологические процессы половой системы чаще являлись диагностической находкой. Структура заболеваний репродуктивной системы среди женщин после преждевременных и срочных родов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Гинекологические заболевания, диагностированные у женщин после преждевременных и срочных родов, n, p%, CI_p

Заболевание	Основная группа (N = 120)	Группа сравнения (N = 30)	Уровень статистической значимости
Генитальный эндометриоз	12 (10 %; 5–17)	3 (10 %; 2–27)	$\chi^2 = 0,9, p = 0,9$
Миома матки	17 (14 %; 9–22)	7 (23 %; 10–42)	$\chi^2 = 1,5, p = 0,2$
Доброкачественные опухоли яичников	37 (31 %; 23–40)	2 (7 %; 1–22)	$\chi^2 = 7,3, p = 0,01$
Полипы эндометрия	28 (23 %; 16–32)	1 (3 %; 1–17)	$\chi^2 = 6,6, p = 0,01$

Для наступления беременности после преждевременных родов необходима не только медицинская реабилитация, но и преодоление сопряженных с психотравмирующим фактом недонашивания беременности направленности пациентки на исход данной беременности и страха повторения. Это не способствует формированию оптимальной гестационной доминанты. Страх повторения ситуации, а также наличие в семье ребенка, рожденного раньше срока и часто имеющего хронические заболевания и инвалидность, в качестве довода для медицинского прерывания беременности приводят 24 (29 %; N = 84) женщины (рисунок 1).

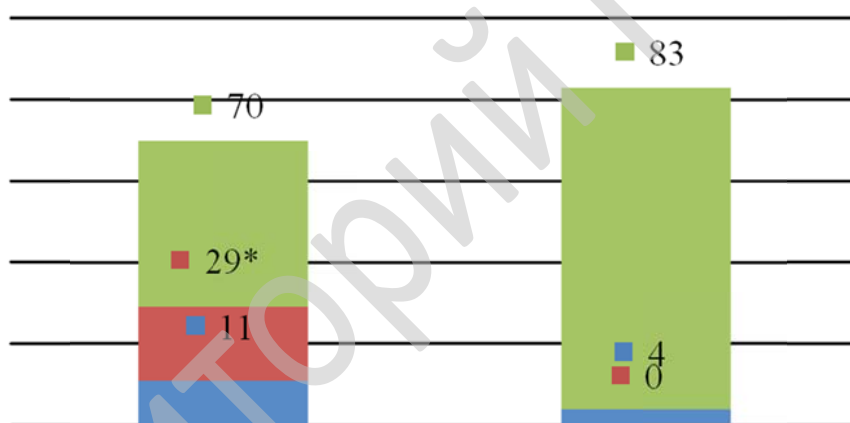


Рисунок 1 — Репродуктивная функция женщин после преждевременных и срочных родов.
* — Статистически значимо больше против группы сравнения (ТКФ; $p = 0,001$)

Выводы

У женщин после преждевременных родов отмечен рецидивирующий характер воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта (22 %; $p = 0,002$), снижение либидо (26 %; $p = 0,0004$), большой удельный вес клинически значимых (93 %; $p < 0,0001$) доброкачественных опухолей яичников (31 %; $p = 0,01$) и полипов эндометрия (23 %; $p = 0,01$) по сравнению с пациентками после физиологических срочных родов. Страх сценария предыдущей беременности и неполноценная психологическая реабилитация при наступлении последующей беременности являются основанием для ее прерывания по желанию женщины (29 %; $p = 0,001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Поневаж, Е. В. Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания [Электронный ресурс] / Е. В. Поневаж // Журнал «Клиническая и специальная психология». — 2014. — № 1. — Режим доступа: <http://www.psyjournals.ru/psyclin>. — Дата доступа: 18.09.2017.
2. Недосейкина, М. С. Отдаленные последствия у женщин, перенесших преждевременные роды / М. С. Недосейкина, О. З. Креч // Актуальные проблемы медицины: матер. Респ. науч.-практ. конф. и 27-й итоговой науч. сессии Гомельского государственного медицинского ун-та, Гомель, 2–3 ноября 2017 г. / Гомельский государственный медицинский ун-т; редкол.: А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель, 2017. — С. 558–561.